207

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Henri-Marien DUPÉRIER

Né à Gouzon (Creuse), le 4 Avril 1880

DE LA

Glossite profonde aiguë

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
LEGUEU
MAUCLAIRE } *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANTES

IMPRIMERIE C. MELLINET — BIROCHÉ ET DAUTAIS, Succrs

5, PLACE DU PILORI, 5

1907

36668

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA (André).	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBÉ.	MERY.	WALLICH.
CUNÉO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE

DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAîTRES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HOSPICES CIVILS DE NANTES

A Monsieur le Docteur CHASTENET DE GÉRY

Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Nantes

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

CHAPITRE I

Définition — Généralités

Avant d'écrire notre thèse nous nous sommes demandé quel terme résumerait le mieux la définition que nous voulons faire de cette maladie. Nous avons choisi celui dont Caulier s'était déjà servi, en 1884, dans sa Thèse de Paris; nous appellerons donc « Glossite profonde aiguë » l'affection que nous allons étudier. Les dernières recherches anatomo-pathologiques nous démontrant que tous les éléments constitutifs de la langue participent à la maladie, notre appellation « ne préjugeant en rien la nature de l'élément atteint (1) », nous laissera le loisir de faire la définition suivante :

« La glossite profonde aiguë est une inflammation de la langue produite par un germe quelconque, sous la dépendance de causes variables ; elle est caractérisée par le gonflement excessif de l'organe, dû à des lésions intéressant aussi bien son tissu interstitiel que son parenchyme et

---

(1) *De la glossite profonde aiguë.* Caulier (Thèse de Paris 1884).

pouvant évoluer ou non vers la suppuration ou la gangrène ».

Notre définition est peut-être un peu longue ; mais nous l'avons fait dans le but d'insister sur ce point : que la glossite profonde aiguë est une maladie inflammatoire produite par un germe. En effet, souvent il y a eu confusion. On a étudié sous le nom de glossite profonde aiguë des affections de la langue se rapprochant par certains signes de celle qui fait le sujet de notre thèse, mais qui, malgré cela, ne peuvent entrer dans le cadre tracé par notre définition. Dans toutes ces maladies, il n'y a que l'œdème, œdème inflammatoire si l'on veut, mais dont l'inflammation est amicrobienne.

Nous insisterons donc sur ce fait que le mot « inflammation » ne comporte pas toujours en lui-même l'idée de germe et nous diviserons toutes ces maladies, connues sous le nom de glossites, en plusieurs groupes, pour qu'il ne subsiste plus d'idée confuse à ce sujet.

Dans le premier groupe, on fera entrer les affections de la langue dont l'inflammation est liée à l'introduction d'un germe dans cet organe : ce seront les glossites profondes aiguës, telles que nous les étudierons dans notre thèse.

Dans un deuxième groupe, l'inflammation de la langue ne sera plus produite par un germe, mais par une cause amicrobiennne, soit physique, soit chimique. Parmi ces œdèmes, on peut mentionner les brûlures de la langue. Les enfants anglais, qui ont l'habitude de boire du thé très chaud à la théière, ont souvent une inflammation de la

langue produite par le liquide brûlant. Or, dans ce cas, il n'y aura pas glossite profonde aiguë, puisqu'il n'y a pas introduction d'un germe dans l'organe. Il y aura simplement œdème inflammatoire, comme il s'en produit sur la peau, quand elle est exposée à une trop forte chaleur. Les inflammations dues à des causes chimiques sont encore en plus grand nombre que celles produites par des causes physiques. Parmi les minéraux, on a incriminé le sulfate de cuivre. Tous les auteurs anciens citent le cas de ce malade de Dupuytren, qui eut une glossite à la suite de la cautérisation d'une érosion de la langue, avec un cristal de cette substance; quoique tout ceux qui ont traité de la glossite profonde aiguë aient mentionné cette observation dans leurs travaux, il semble qu'elle ne peut cependant pas entrer dans l'étude que nous nous proposons de faire de cette maladie. L'ammoniaque, et toutes les substances chimiques plus ou moins caustiques (1) ont passé pour donner une glossite profonde aiguë, alors qu'elles ne donnent qu'un œdème inflammatoire sans germe.

Certaines plantes aussi, telles que le céléri, le tabac, pourraient faire naître à la langue un œdème inflamma-

---

(1) Les plus incriminés sont les sels de mercure. Mais, si ces corps produisent de l'inflammation due à l'élimination du mercure, on ne peut pas soutenir qu'ils sont la cause déterminante de la suppuration qui accompagne cette inflammation. Ce qui le prouve, c'est que la glossite mercurielle devient d'autant plus rare qu'on recommande les soins antiseptiques buccaux et qu'on administre ce médicament avec plus de prudence ; ensuite, c'est que l'on traite les accidents produits par une solution de sublimé, sel de mercure.

toire dont nous n'aurons pas à nous occuper dans notre thèse.

Enfin les augmentations de volume de la langue, produites par certains venins de serpents, la bave de crapauds, le liquide injecté par une piqûre de guêpe dans la langue prendront place aussi dans ce groupe d'œdème de la langue, d'inflammation amicrobienne.

Mais, en dehors de ces œdèmes d'ordre inflammatoire, on peut en citer d'autres dont l'idée d'inflammation doit être écartée, *à priori*. C'est l'œdème qui se produira à la langue, dans le cours d'un mal de Bright. Dans ce cas, en effet, ni la cause microbienne, ni les causes physiques ou chimiques n'entrent en jeu. L'œdème se produit parce que le mal de Bright est capable de le créer un peu partout et il y en aura à la langue, comme il peut y en avoir à la glotte ou aux poumons.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie.

La glossite profonde aiguë est une affection rare; nous n'en n'avons trouvé qu'un petit nombre d'observations.

Ozanam, Reil, Arnold, ont cru qu'elle était épidémique. Cette idée est fausse ; on n'a jamais vu d'épidémie de phlegmons ; or, en somme, la glossite n'est qu'un phlegmon dont un traitement approprié arrête souvent l'évolution.

Les causes qui peuvent produire cette maladie sont multiples. Nous les classerons en causes prédisposantes, occasionnelles et déterminante ; en traitant de cette dernière, nous ferons en même temps la pathogénie de l'affection.

Quelles sont donc les *causes prédisposantes* de la glossite profonde aiguë ?

L'*âge* du sujet semble jouer un rôle réel. C'est une maladie de l'adulte ; nous ne connaissons que le cas de Guéneau de Mussy, où le sujet atteint était un vieillard de quatre-vingts ans. Dans toutes les observations on voit que l'âge des malades oscille de vingt à quarante ans.

L'individu dont nous publions l'observation inédite était âgé de trente huit ans.

Le *sexe* semble jouer aussi un rôle prédisposant. L'homme est plus souvent atteint que la femme. Sur les huit observations qui complètent cette thèse, on trouve la proportion de sept hommes et d'une femme. J. Franck, cité par Dechambre, aurait vu treize cas de glossites toutes chez l'homme.

Le *milieu* dans lequel vit le sujet aurait aussi son influence : on trouve plus de glossite à la campagne qu'à la ville. Notre observation inédite semble bien prouver ce fait, le malade habitant la campagne des environs de Nantes.

Il n'est pas jusqu'aux *saisons*, que l'on ait incriminées de favoriser l'éclosion d'une glossite. Celle-ci serait plus fréquente l'hiver que l'été. (1) Idée très acceptable, le froid diminuant la résistance de l'organisme. Parmi nos observations, il s'en trouve quatre dont les dates oscillent du 30 septembre au 27 mars. Notre observation inédite semble faire exception, le malade ayant commencé à souffrir le 13 juin 1906.

En dehors de ces causes, qui appartiennent en propre, pour ainsi dire, à l'individu, il en est d'autres qui peuvent lui être fournies par un état pathologique.

Parmi les *maladies générales*, deux peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes : la *tuberculose* et le *diabète*.

---

(1) Opinion de Butlin, citée par Sabrazzès et Bousquet, *Presse médicale*, 1897.

La *tuberculose*, qui favorise si souvent le développement des infections secondaires, pourra parfaitement préparer le terrain à la glossite profonde aiguë. Dans deux de nos observations, on relève cette tare dans dans les antécédents des malades. Dans l'une surtout, le malade était à la dernière phase de la tuberculose : période de cachexie complète. Aussi, il n'y a rien d'étonnant de voir mentionné dans cette observation que l'évolution de la glossite fut très rapide ; les lésions furent trouvées avancées, quoique le malade soit mort dans la nuit qui suivit le début de l'affection.

Le *diabète* est considéré, lui aussi, comme pouvant préparer le terrain à la glossite profonde aiguë (1). Quoique nous n'ayons pu trouver le diabète dans les antécédents des malades dont les observations sont publiées dans cette thèse, on peut très bien admettre qu'il en est ainsi. La bouche du diabétique, en effet, n'est jamais parfaitement saine : les dents sont souvent cariées et les gencives plus ou moins fongueuses ; enfin il est admis que la salive du diabétique, par sa composition spéciale, est un bon milieu de culture pour les microbes. Qu'une porte d'entrée se produise sur la langue, le diabétique n'aura pas suffisamment de résistance pour se défendre contre l'infection : il pourra donc faire une glossite ; il n'y aurait même rien de surprenant que cette glossite soit grave et évolue rapidement.

---

(1) Glossite aiguë parenchymateuse. Article de Morestin dans *Traité de chirurgie* Le Dentu, Delbet.

En dehors de ces maladies qui favorisent l'infection parce qu'elles rendent l'organisme moins résistant, il en est d'autres, à marche plus aiguë, qui peuvent prédisposer un sujet à la formation d'une glossite profonde aigue. Nous voulons parler de certaines *maladies infectieuses.*

La *variole* et la *fièvre typhoïde* ont été citées depuis longtemps comme causes prédisposantes de la glossite. Aucune de nos observations ne fait mention de ces deux maladies. Mais l'état de dépression dans lequel se trouvent les varioleux et les typhiques, permet de croire qu'ils ne pourront guère soutenir la lutte contre une infection secondaire.

D'autres maladies, dues à un germe que l'on a souvent trouvé dans la glossite profonde aiguë : le streptocoque, favorisent la formation de cette affection. L'*érysipèle* et surtout l'érysipèle à répétition, tenant constamment l'organisme sous puissance de streptocoque, peut préparer le terrain à la glossite. On trouve mention de cette maladie chez le malade de Guéneau de Mussy et chez un autre de Labroue.

Il en est de même de la *fièvre puerpérale* ; et l'observation de la malade de Sabrazzès et Bousquet, qui infecta sa langue, après avoir infecté tout son appareil pulmonaire, est citée à la fin de cette thèse.

Une maladie fébrile, qui est classée aujourd'hui comme maladie infectieuse : le *rhumatisme articulaire aigu*, a été cité par beaucoup d'auteurs (1) comme favorisant l'éclo-

(1) J. Franck aurait vu 13 cas de glossite rhumatismale (Voir *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, Déchambre, 1868).

sion d'une glossite. Il est bien probable qu'il en est ainsi.

Quelles sont maintenant les *causes occasionnelles* de la glossite? Elles sont nombreuses : les unes agiront par lésions de voisinage, les autres par lésions directes sur la langue.

Parmi celles du premier groupe, on peut citer la *parotidite*(1). Une parotide enflammée verse du pus par son canal excréteur ; ce pus se mélange forcément à la salive qui stagne dans la bouche. Que la langue qui baigne continuellement dans cette salive infectée présente une solution de continuité, il n'en faudra pas plus pour l'éclosion d'une glossite, si le sujet n'est pas en état de résister à l'infection.

Une cause de voisinage qui semble plus sérieuse est l'*angine*. En 1854, Vidal publiait une observation d'une glossite gangréneuse, suite d'angine pseudo-membraneuse, au cours d'une scarlatine. Quoique cette observation ne semble pas faire mention d'une glossite véritable mais plutôt d'une gangrène de la langue, comme on en voyait fréquemment jadis, au cours de la scarlatine, il n'y aurait rien de surprenant qu'une angine scarlatineuse soit l'occasion d'une glossite. Le plus souvent, en effet, cette angine est d'origine streptococcique. Du reste, une angine, de quelque origine soit-elle, peut toujours répandre dans la bouche les germes qui l'ont produite, ou exalter la virulence de ceux qui y vivent en saprophytes.

---

(1) Zazowski. *Bulletin de Thérapeutique*, 1844.

Du reste, la cause la plus habituelle de la glossite est le *mauvais état de la bouche*. La *carie dentaire*, qui a été citée par Bojensky, dans sa thèse, jouera un rôle important. Quoique cet auteur ne veuille voir dans cette carie que l'origine d'une glossite superficielle, il semble bien qu'elle puisse entraîner la formation d'une glossite profonde. Dans notre observation inédite, l'hémiglossite du malade fut produite par une mauvaise dent, et elle débuta par un point douloureux, au niveau de celle-ci. La carie peut être une cause de glossite de deux façons : soit en ouvrant une porte d'entrée à l'infection ; soit en exagérant la septicité normale de la bouche, grâce au tartre qui se développe sur les dents.

En dehors des blessures produites sur la langue par l'arête vive d'un chicot, il peut s'en faire d'autres par un mécanisme différent. C'est ainsi que la langue peut être excoriée par un corps dur mêlé aux aliments. Certains de ces corps étrangers, tels que les arêtes de poissons, en produisant une plaie profonde, sont des plus dangereux. On doit citer aussi les morsures de la langue, soit qu'elles se produisent au cours d'une attaque d'épilepsie, soit pendant la mastication des aliments.

Tous les auteurs ont voulu, du reste, trouver une porte d'entrée *visible* aux germes. Lorsqu'ils n'en trouvaient pas, la glossite était dite idiopathique. Or, il semble bien que jamais la langue n'est parfaitement saine, et qu'il existe toujours des excoriations si petites qu'on ne les voit pas. L'exfoliation de la muqueuse par le frottement des aliments sur la langue ne pourrait-elle pas être

suffisante pour donner libre entrée aux germes dans cet organe ?

Il ne nous reste plus maintenant qu'à traiter de la *cause déterminante* ou autrement dit de faire la *pathogénie* de la glossite profonde aiguë. Cette cause déterminante, c'est le *germe infectieux*.

Nous ne ferons que citer la théorie de Guéneau de Mussy, qui voulait expliquer la formation de la glossite en faisant intervenir l'action des nerfs de la langue (1). A l'appui de cette opinion, il citait un cas de glossite chez un homme qui avait eu des douleurs violentes à la face, en même temps que l'affection évoluait. Mais on relève dans les antécédents de son malade : qu'il était sujet aux eczémas, aux érysipèles, aux pharyngites et qu'il était convalescent d'une pharyngite légère. Or, on peut se demander s'il ne serait pas plus simple d'admettre que la cause déterminante de cette glossite ne fut pas un des nombreux germes apportés par ces différentes maladies microbiennes.

Nous avons déjà insisté dans notre premier chapitre sur ce fait que la glossite est une inflammation de la langue d'origine microbienne; il n'y a donc pas de glossite idiopathique. La bouche, à l'état normal, est milieu septique ; c'est le réceptacle de nombreux germes. Ceux-ci, du reste,

---

(1) Guéneau de Mussy pensait que la corde du tympan jouait un rôle prépondérant. Cette idée lui était venue des expériences de Vulpian qui produisait une tuméfaction intense de la langue par galvanisation du bout périphérique du nerf lingual et qui la faisait cesser en sectionnant la corde du tympan.

vivent en saprophytes dans la cavité buccale. Mais que des causes particulières viennent changer le milieu dans lequel ils vivent, ils se réveillent, redeviennent virulents, exaltent même leur virulence. Si le sujet, pour une cause quelconque, ne peut pas lutter contre l'infection, et s'il existe sur la langue une porte d'entrée, ils produiront une glossite profonde aiguë. L'infection sera d'autant plus facile et rapide que les microbes sont à demeure à la surface de la langue. On voit donc par quel mécanisme se produit la glossite. Et les auteurs qui ont soutenu qu'elle était sous la dépendance d'embolies microbiennes ne semblent pas avoir raison. N'est-il pas plus simple d'expliquer la formation d'une glossite par la pénétration du dehors en dedans d'un des nombreux germes contenus dans la bouche?

Enfin, il n'est pas nécessaire que ce soit toujours le même germe qui produise la glossite. Si, dans deux de nos observations, on trouve que cette maladie était due au streptocoque, rien ne prouve qu'il en fut de même dans les autres, et il semble rationnel d'admettre que tous les microbes pouvant donner lieu à un phlegmon, sont capables d'amener l'éclosion d'une glossite profonde aiguë.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous venons de voir quelles étaient les causes de la glossite profonde aiguë; nous avons essayé d'expliquer par quel mécanisme elle se produisait ; nous allons étudier maintenant quels désordres peut créer le germe pathogène parmi les éléments constitutifs de la langue.

Les travaux faits jusqu'à ce jour sont malheureusement incomplets ; la glossite, guérissant le plus souvent, n'a donné lieu qu'à de rares autopsies. Nous ne retiendrons que peu de choses des ouvrages anciens, pour arriver tout de suite aux travaux de Sabrazzès et Bousquet (1897) et de Devé (1906) qui ont jeté la lumière sur ce sujet.

Et, tout d'abord, nous ferons l'étude *macroscopique* de la lésion. Tous les auteurs sont d'accord à diviser les glossites profondes aiguës en deux groupes : les glossites totales et les glossites partielles ou hémiglossites. D'après nos recherches, celles-ci seraient plus fréquentes que les premières, et, de plus, siégeraient plus souvent à gauche qu'à droite. Nous n'avons que deux observations où il est noté que l'hémiglossite est à droite. Morestin, cependant,

en aurait vu un aussi grand nombre des deux côtés de l'organe.

Pourquoi cette fréquence à gauche ? Personne n'a donné d'explication de ce fait, sauf Carminatti, dont l'opinion est trop fantaisiste pour être vraisemblable (1). L'hémiglossite peut occuper, en dehors de cette position droite ou gauche, d'autres points de l'organe ; elle peut être située à la pointe, ou, plus souvent, à la base de la langue.

L'augmentation de volume peut être considérable. Dans notre observation inédite nous voyons que : « la moitié gauche de la langue est enflée à tel point, de la base à la pointe, qu'elle atteint la voûte palatine. » Dans le cas de Sabrazzès et Bousquet, la tranche linguale atteignait deux centimètres ; dans celui de Devé, (hémiglossite droite), la largeur du côté malade était de vingt-sept millimètres contre dix-sept du côté sain, et l'épaisseur de vingt-cinq millimètres du côté droit et douze seulement à gauche.

Lorsqu'on pratique des coupes sur l'organe on trouve que la surface de section est pâle, rose, lisse. On ne trouve, en général, ni nécrobiose, ni suppuration. Les tissus sont durs et laissent suinter un suc séreux à la pression.

Que va nous donner maintenant l'examen *microscopique* ? Nous ne retiendrons pas l'opinion de Bérard et Denonvil-

(1) Voici l'explication de Carminatti : très souvent on se couche du côté droit ; la bouche restant entr'ouverte pendant le sommeil permet à l'air froid de venir frapper la partie gauche de la langue, d'où hémiglossite gauche.

liers qui ne semble du reste qu'une hypothèse : le parenchyme lingual est seul en cause. Caulier (Thèse de Paris, 1884), semble avoir eu une idée plus nette de la question : pour lui, il y a quelquefois ramollissement des fibres musculaires, et, dans tous les cas, inflammation constante des vaisseaux lymphatiques si nombreux dans l'organe. Les travaux de Sabrazzès et Bousquet et de Devé vont mieux nous renseigner.

Sur une coupe, allant de la périphérie au centre, nous rencontrons les lésions suivantes :

Si l'on compare l'épaisseur de l'épithélium d'une langue normale à celui d'une langue atteinte de glossite profonde aiguë, nous sommes frappés de voir la différence qui existe entre les deux. Autant le premier est épais, autant le second est mince, ne formant plus qu'une ligne anhiste, mal colorée par les picro-carmin. A un fort grossissement, on peut retrouver dans cette bordure quelques cellules vésiculeuses dont certaines contiennent du glycogène.

Au-dessous de cette sorte de membrane, la muqueuse, qui, à l'état ordinaire, est légèrement ondulée, forme une ligne découpée, comme le disent Sabrazzès et Bousquet, en " *cartes de géographie* ". Ces échancrures de la muqueuse délimitent des papilles larges et étalées, alors qu'à l'état normal, elles sont longues et fines. Leur tissu est formé de petites cellules à noyau profondément découpé et de grandes cellules fusiformes. Ces deux sortes d'éléments sont extrêmement nombreux ; serrés les uns contre les autres, ils refoulent le tissu musculaire dans la profondeur de l'organe.

Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes ; ils sont, du reste par ce fait même, dilatés et sinueux. Devé aurait trouvé de la thrombose des gros troncs lymphatiques. De même, on trouve de petites veines thrombosées ; les artérioles sont la plupart atteintes de périartérite ou d'endartérite végétante.

Quelles sont les lésions des fibres musculaires ? Devé n'en signale aucune, mais il faut se rappeler que son malade est mort le lendemain du début de l'affection, et que, par conséquent, les lésions pouvaient n'avoir pas atteint le tissu musculaire. Sabrazzès et Bousquet auraient eu plus de chance. Les fibres musculaires, dissociées les unes des autres, ont conservé leur striation habituelle. Mais, malgré la netteté de ces stries, ces auteurs ont constaté un début de dégénérescence graisseuse. Le long de chaque fibre se trouvent des gouttelettes graisseuses rangées autour des noyaux ; ceux-ci sont volumineux et en voie de multiplication.

La trame conjonctive, qui sert de ciment à tous les éléments de la langue, a presque totalement disparu. Elle n'est plus représentée que par de rares fibres élastiques et quelques faisceaux fibreux grêles.

Entre tous ces éléments qui constituent l'organe, l'on en trouve d'autres qui les ont refoulés ou dissociés. Ces éléments migrateurs sont composés de la façon suivante. Ils ont un noyau énorme, contourné, étranglé ; autour de ce noyau, existe un fin liseré de protoplasma. En plus de ces éléments, on trouve des cellules fusiformes, grêles, en voie de multiplication et des Mastezellen, mais en petit nombre ; on ne rencontre pas d'éosinophylles.

Enfin, dans le cas de Devé, on trouva par place des petites zones nécrosées, dont Sabrazzès et Bousquet ne font pas mention dans leurs travaux.

Telles sont donc les lésions anatomo-pathologiques que l'on a rencontrées dans la glossite profonde aiguë. Nous croyons donc que tous les éléments de la langue sont plus ou moins atteints. Qu'au début de la maladie il n'y ait que le tissu interstitiel qui soit atteint, comme le démontre l'examen histologique de Devé, nous en convenons ; mais celui de Sabrazzès et Bousquet nous prouve qu'en très peu de temps, (3 jours), les lésions peuvent envahir le tissus parenchymateux de l'organe.

Et maintenant à quelle place ont été rencontrés les *germes* qui ont donné naissance à la maladie ?

Très nombreux à l'endroit où l'épithélium ne forme plus qu'une coque anhiste, ils deviennent plus rares à mesure qu'on s'enfonce dans l'organe. Ils se trouvent en grand nombre surtout autour des voies lymphatiques et dans ces voies lymphatiques mêmes. Devé en a vu dans les espaces conjonctifs qui entourent les veines.

On voit donc que la place où ces auteurs ont trouvé les germes vient bien à l'appui de ce que nous avons soutenu dans notre précédent chapitre : que la glossite venait toujours d'une infection buccale, c'est-à-dire se produisant de dehors en dedans.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que le début de la glossite profonde aiguë est extrêmement brusque. Cela est très possible ; mais nous croyons que cette brusquerie est quelquefois apparente et que, souvent, la maladie est annoncée par certains prodrômes. En effet, en examinant les observations que nous avons recueillies, nous constatons toujours quelques malaises avant-coureurs de l'affection.

Dans une observation publiée par *The Lancett*, on relève ces termes : « Le malade fut pris, le soir, à huit heures, d'une sensation douloureuse dans la langue ; il eut pendant la nuit un sommeil agité ». Dans une autre de Graves, un étudiant en médecine, depuis huit jours, éprouvait « de graves symptômes fébriles, accompagnés de grands frissons et de douleurs dans la région postérieure du cou, puis la langue devint sensible et douloureuse ». Dans une observation de Galliard, il y eut des picotements dans la gorge, puis une douleur vive sur le bord gauche de la langue. Dans celle de Gauthier, l'obser-

valeur note un frisson intense avec céphalagie. Enfin dans notre observation inédite on a pu mentionner que pendant vingt-quatre heures avant que le dégonflement de la langue soit apparu, le malade ressentit d'abord des picotements, puis des douleurs très vives.

Tous ces faits prouvent donc bien que la glossite ne débute pas aussi brusquement qu'on a voulu le dire. Les signes précurseurs consisteront soit en de la fièvre, des douleurs linguales parfois si vives que le malade ne pourra prendre aucun aliment, des élancements, des maux de tête, des douleurs névralgiques.

Ce qui survient presque toujours brusquement (pas constamment cependant, comme le prouvent certaines observations), c'est le *gonflement* de la langue que l'on va maintenant étudier en passant en revue les *signes physiques* de la glossite.

Ce gonflement survient, en général, la nuit. Dans presque toutes les observations, on voit que c'est à ce moment qu'il se produisit. Il n'atteint pas son maximum immédiatement; la langue devient plus grosse qu'à l'ordinaire rapidement, puis, peu à peu, augmente de volume. Dans certains cas, le maximum de gonflement met vingt-quatre heures à se produire; dans d'autres, quarante-huit heures, mais il est rare qu'il dépasse ces limites. Dans la glossite, même totale, il semble qu'il y ait un côté un peu moins gros que l'autre. Dans l'hémiglossite, le côté malade repousse complètement la partie saine (c'est le cas de notre observation inédite), si bien que l'on peut hésiter souvent pour savoir s'il y a glossite totale ou partielle.

Le gonflement devient parfois si considérable, qu'elle empêche les mâchoires de se rapprocher, même quelquefois dans le cas d'hémiglossite. Ne pouvant plus alors se loger tout entière dans la bouche, la langue est projetée au dehors. A ce moment, elle sera pour ainsi dire divisée en deux parties, l'une intérieure, l'autre extérieure, qui auront un aspect un peu différent.

En général, la partie intra-buccale de la langue, que l'on peut examiner en l'attirant un peu au dehors, a une coloration spéciale. Elle varie, suivant les cas, du rouge foncé au rouge vif. Quelques auteurs ont cependant remarqué une coloration beaucoup plus pâle, mais peut être n'ont-ils vu là que l'enduit saburral, jaune blanchâtre, épais et adhérent, qui masque souvent la teinte foncée de l'organe. Du reste, dans les cas où la langue projetée au dehors de la bouche est serrée entre les arcades dentaires, il est logique que la partie intra-buccale soit rouge foncé, teinte due à la congestion, la circulation étant arrêtée, ou tout au moins très ralentie, par la striction des dents.

La partie de la langue située au-dehors de la bouche, séparée de la précédente par l'empreinte des arcades dentaires, est, au contraire, pâle, livide, sèche, la circulation ne se faisant que peu ou pas du tout en ce point ; ce serait, pour ainsi dire, un premier stade de gangrène.

On peut, enfin, apercevoir, en quelque partie que ce soit, une petite plaie ou une érosion qui aura été la porte d'entrée de l'infection, Si, après un écartement suffisant des mâchoires, nous examinons le reste de la cavité buccale, nous voyons le voile du palais, souvent coloré en

rouge, ou quelquefois de teinte pâle. Le plancher de la bouche, presque toujours, lui aussi, est infecté ; il est rouge, congestionné et peut faire saillie entre les deux branches du maxillaire inférieur.

Quels renseignements donnera la *palpation ?* Rendue souvent difficile, soit par le volume énorme de la langue, soit par les douleurs qu'elle provoque, elle nous rendra compte du degré de plus ou moins grande dureté de l'organe. La plupart du temps, et c'est ce que l'on voit dans les observations que nous citons, la langue a une consistance ferme et élastique ; quelquefois même elle est dure comme du bois, et cela uniformément. D'après certains auteurs, elle peut être beaucoup moins ferme et garder l'empreinte du doigt. Mais, on peut se demander s'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un œdème de cause non infectieuse, tel qu'il a été dit dans un précédent chapitre.

La palpation pourra rendre service pour différencier une glossite totate d'une partielle, comme on le verra en étudiant le diagnostic de cette maladie.

La consistance peut être la même dans tout l'organe malade, mais on trouve parfois un ou plusieurs points beaucoup plus résistants. On trouverait ces noyaux, plus souvent dans les hémiglossites que dans les glossites totales. Peut-être une induration ainsi limitée a-t-elle été le point d'entrée de l'infection ? Quelquefois un de ces noyaux résistants sont assez superficiels pour former une légère saillie à la surface de l'organe, repoussant devant eux la muqueuse linguale.

Enfin, la palpation nous rendra compte du degré d'infiltration du plancher de la bouche. En général, et nos observations en font foi, celui-ci se laissera déprimer par le doigt et souvent en gardera l'empreinte.

En plus de ces signes physiques, nous ajouterons que quelquefois il existe de l'engorgement ganglionnaire, mais pas toujours. Ce sont les ganglions cervicaux qui sont atteints, même les ganglions inférieurs de cette région, puisque Labroue en aurait vu près de l'insertion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Cet engorgement peut être peu intense; il peut être unilatéral ou bilatéral.

Les ganglions peuvent rester petits; plus fréquemment ils subissent une augmentation de volume assez considérable, pour déformer la région sous-maxillaire, comme c'est le cas de notre observation inédite. Dans certaines glossites graves, ils peuvent évoluer vers le phlegmon et suppurer. Les glandes sous-maxillaires participent aussi très souvent à l'infection.

Nous allons voir maintenant quels sont les *symptômes fonctionnels* de la glossite profonde aiguë.

Parmi ceux-ci, il y en aura qui seront variables soit dans leur fréquence, soit dans leur intensité; tandis que d'autres seront beaucoup plus constants et se retrouveront dans toutes les glossites.

C'est parmi ceux du premier groupe que l'on fera entrer la *douleur*. C'est, en effet, un symptôme très variable suivant les sujets. Deux cas peuvent se présenter : ou bien il y a douleur spontanée, ou bien il y a douleur provoquée. Nous avons trouvé un certain nombre d'observations

où la douleur spontanée existait. Elle consiste, alors, en élancements très pénibles pour le malade, et quelquefois atteignant une intensité extrême. C'est le cas des malades de Sabrazzès et Bousquet et de Galliard. Ces douleurs deviennent alors encore plus violentes si l'on touche un tant soit peu à l'organe malade. Il est des cas assez curieux. Celui de Sabrazzès, en effet, montre la malade en proie à des douleurs spontanées extrêmement vives, alors que la palpation est absolument indolore. Mais, en général, on peut dire que c'est le contraire qui se produit, et la glossite par elle-même pourra ne donner lieu qu'à une sensation de gêne, alors que la palpation fera naître une douleur très violente.

Certains auteurs ont prétendu que la douleur dans la glossite était beaucoup plus intense à certains endroits qu'à d'autres. Il est certain qu'au moment où la tuméfaction linguale va s'abcéder, la douleur sera bien plus forte à ce point. On peut constater dans une observation de Labroue un fait assez bizarre. Il s'agit du déplacement de la douleur d'un côté à l'autre de l'organe, dans une glossite totale. Alors qu'il ne s'était produit aucun changement dans l'aspect de la langue enflammée, la douleur, qui avait débuté à gauche, passa quelques jours après à droite, pour revenir à gauche le lendemain. Loin d'être fixe dans la langue, la douleur peut s'irradier un peu partout. L'irradiation la plus habituelle se fait à la face et il est possible que les douleurs ressenties au cou par certains malades viennent plutôt de l'engorgement des ganglions cervicaux. Elles naîtraient donc sur place et ne seraient point des irradiations.

Il est des cas, ils sont rares, où la douleur n'existe pas du tout, ni spontanée, ni provoquée. C'est ce qu'aurait observé Huchard chez un malade qui avait une hémiglossite gauche et chez qui on ne trouva aucune douleur « ni au cou, ni à la face, ni au point lingual primitif ».

A côté de ce symptôme, qui est très variable dans son intensité, dans la place qu'il occupe sur la langue, on en note d'autres beaucoup plus constants.

L'un d'eux est le *trismus*. On sait, en effet, qu'un malade atteint de glossite n'écarte ses mâchoires qu'avec difficulté. La contraction des masséters est seule en cause ; du reste, elle n'appartient pas en propre à la glossite. Dès qu'un individu a une affection buccale quelconque, il ne peut plus faire exécuter que des mouvements très limités à son maxillaire inférieur. Ce trismus, dans la glossite, est noté par tous les observateurs qui ont eu à lutter contre lui pour examiner leur malade ; notamment chez le nôtre, ce trismus était intense. Ce trismus pourrait, du reste, expliquer que quelquefois la langue se trouve serrée entre les arcades dentaires. Si, par un effort, un malade arrive à entr'ouvrir sa bouche, sa langue augmentée de volume pourra se trouver serrée entre les arcades dentaires tendant à se refermer sous l'action des deux ressorts tendus que forment les masseters en contraction.

Comme autre signe constant, on notera la *gêne dans l'articulation des mots*. Il y a d'abord du nasonnement, comme dans le cas d'angine ou d'inflammation du voile du palais ; il est dû à ce que la caisse de résonnance constituée par la bouche a changé de timbre, à la suite de

l'augmentation de volume de la langue. Puis, au fur et à mesure que le gonflement devient plus fort, le sujet atteint ne peut plus articuler les mots, parce qu'il est incapable de faire exécuter à sa langue les mouvements nécessaires, soit parce que celle-ci ne peut plus se mouvoir tant elle est volumineuse, soit parce que chaque mouvement réveille des douleurs intenses.

Presque en même temps, se produisent deux autres signes : la *gêne dans la mastication et dans la déglutition*. La gêne dans la mastication vient surtout de ce qu'il y a trismus. La gêne dans la déglutition vient de ce que la langue, trop augmentée de volume, empêche l'introduction des aliments dans la bouche, ou bien qu'elle est incapable de les diriger vers le pharynx. Au début de la maladie, les aliments moitié solides pourront être ingérés, mais, bientôt les liquides seuls pourront être acceptés ; il est des cas où même ces liquides ne pourront être introduits que par une sonde nasale.

Si le fonctionnement de l'appareil digestif peut être compromis, il peut y avoir aussi *mauvais fonctionnement de l'appareil respiratoire*. Au début, la respiration se fait mal, puis, peu à peu, apparaissent des crises de suffocation. Elles semblent, du reste, avoir une origine assez complexe. Il est possible, comme on l'a dit, que la base de la langue très volumineuse repousse en arrière l'épiglotte et empêche l'air de passer dans le larynx. Mais, en dehors de cette cause toute mécanique, il peut s'en trouver d'ordre différent. Ces crises ne seraient-elles pas dues, d'abord, à une cause nerveuse ? L'inflammation de la langue serait le point

de départ d'un réflexe amenant une suspension momentanée de l'acte respiratoire. Ensuite ne serait-il pas logique de faire intervenir une cause d'ordre purement psychique? L'angoisse d'un malade sentant sa langue augmenter de plus en plus de volume ne pourrait-elle pas suffire à créer de la suffocation? En dehors de ces crises de suffocation, le malade a une dyspnée constante, intense, qui lui donne un faciès particulier. Certains auteurs le comparent à celui d'un noyé; les lèvres bleuissent, la face devient rouge et violacée; les yeux injectés reflètent une angoisse terrible.

Il existe encore un symptôme que l'on retrouve dans presque toutes les observations; c'est *l'écoulement de la salive hors de la bouche.* Ici, il y a eu confusion pour beaucoup d'auteurs. Parce qu'ils notaient un écoulement continuel de salive, ils ont cru qu'il y avait augmentation de production de celle-ci. Or, il semble qu'il y a seulement apparence d'augmentation et qu'en réalité si la salive s'écoule en dehors de la bouche, c'est que le malade est dans l'impossibilité complète de la déglutir. De plus, si l'on songe que la production normale de la salive est relativement considérable, en une journée, on ne sera pas étonné de voir l'écoulement si abondant. Par contre, certains auteurs tomberaient dans l'excès contraire : la salive pour eux étant rare. C'est le cas de l'observation du docteur Bourguet (Graissessac) : son malade ne rejetant « qu'avec peine une salive visqueuse et adhérente ». Mais il semble que c'est là une exception ; car, pendant le cours d'une glossite, rien ne pourrait expliquer ce manque de production de la salive.

En dehors de ces signes que l'on vient d'énumérer, la glossite profonde aiguë, maladie inflammatoire, donnera lieu à des *symptômes généraux* plus ou moins graves suivant les cas.

Un de ces signes qui fait le moins souvent défaut est la *fièvre*. Nous n'avons trouvé qu'une observation où elle n'était pas mentionnée : c'est celle d'un homme examiné par Huchard et qui, du reste, en même temps, ne ressentit aucune douleur au cours de la glossite. Lorsqu'il y a fièvre, celle-ci peut être très violente : c'est le cas de la malade de Sabrazzès qui, dès le début, atteignit 40°. Dans un autre cas, de Galliard, la température maximum fut de 39°4. Chez le malade, sujet de notre observation inédite, on nota 38° 8. En règle générale, cependant, on peut dire que la température chez un malade atteint de glossite reste toujours aux environs de 38°.

En même temps que la fièvre s'allume, on note des variations dans le pouls des malades. Il devient d'abord rapide. Dans une observation de Gauthier, il marquait 120 pulsations à la minute; dans notre observation il battait à 110 pulsations. En plus de sa rapidité, il devient dépressible, ce qui est dû, sans doute, à l'agitation ou à l'angoisse du malade.

Certains individus, au lieu d'être atteints d'agitation et de délire, ce qui est assez fréquent, sont prostrés et abattus.

Quelquefois l'infection, retentissant sur l'appareil digestif, produit de la diarrhée ; c'est, du reste, ce qui arrive presque toujours au cours d'une maladie infec-

tieuse. On a noté cependant de la constipation dans une observation du Dr Bourguet.

Enfin on a mentionné l'*insomnie* et l'*inappétence*, qui résultent ; la première, des douleurs et des crises de suffocation : la seconde, de ce que c'est un fait constant dans toutes les maladies qui touchent plus ou moins à l'appareil digestif.

Certains auteurs veulent faire entrer parmi les signes généraux une congestion cérébrale plus ou moins prononcée, mais il semble que c'est bien plutôt une complication qu'un véritable symptôme.

On voit donc que les signes de la glossite profonde aiguë sont nombreux et que beaucoup sont très variables. Parmi tous ces symptômes certains auront une importance capitale : le gonflement de la langue, la gêne respiratoire, la fièvre et l'état infectieux seront les plus utiles au point de vue diagnostic. Du reste, ils ne resteront pas toujours identiques à eux-mêmes, s'aggraveront ou s'amoindriront suivant la marche et les terminaisons de la maladie.

CHAPITRE V

Marche et terminaisons

La marche de la glossite profonde aiguë est très variable. Cependant, comme l'on peut le voir dans les observations qui complètent notre thèse, elle est, en général, *rapide.* Mais on cite aussi des cas où l'évolution dura dix jours et même trois semaines.

Du reste, la marche de la maladie n'est pas toujours franche, et comme dans toutes les infections il peut y avoir des *rechutes.* De même aussi, des *récidives* pourront se produire. Galliard cite le cas d'un homme atteint de glossite qui sortit guéri de l'hôpital le 30 janvier 1905, pour y revenir le 16 février 1906, avec des symptômes semblables à ceux qu'il avait eus lors de sa première atteinte. Ces récidives ne doivent pas surprendre ; le malade, en général, une fois guéri de sa première attaque, ne prend plus aucune précaution antiseptique buccale ; de plus, peut-être, est-il prédisposé plus que tout autre à une récidive, par sa glossite antérieure.

Quant aux terminaisons de la glossite, elles seront différentes suivant les cas. Une glossite profonde aiguë qui

n'évolue ni vers la suppuration ni vers la gangrène guérira le plus souvent.

Dans ce cas il faut faire entrer en compte la résistance du sujet. Lorsqu'une infection se produit chez un individu sain, il y a immédiatement au point infecté un appel de globules blancs. Si ceux-ci sont suffisamment résistants et si le germe n'est pas très virulent, les leucocytes tueront le microbe infectieux en se l'incorporant. Mais si ces globules blancs, à la suite d'une maladie antérieure du sujet, ne peuvent plus remplir leurs fonctions physiologiques, la mort pourra survenir brusquement, comme chez le malade de Devé.

Un autre cas peut se produire ; c'est celui où l'organisme est moins résistant et le germe plus virulent. Il y aura encore afflux de globules blancs au point où s'est produite l'infection, mais ceux-ci alors ne sont pas les plus forts ; le germe plus virulent les détruira tous ou en grande partie, il y aura alors formation d'abcès. La guérison sera possible encore, mais elle sera plus longue, et on pourra craindre qu'il se produise de la septicémie ou de la pyohémie ; dans ce cas, la terminaison pourra être fatale.

Enfin, en plus de la mort des globules blancs, il pourra y avoir destruction des parties constituant l'organe : c'est-à-dire gangrène. S'il y a guérison, dans ce cas, ce sera au prix de rétractions de la langue, qui rendront difficiles la phonation, la déglutition, la respiration. La mort pourra être fréquente, soit par intoxication de l'organisme, soit par hémorragie à la chûte d'une escharre.

Certains auteurs ont cru que la glossite aiguë pouvait passer à l'état chronique. Mais l'on peut se demander si l'on a vraiment affaire à une glossite chronique, alors qu'il ne subsiste qu'une légère hypertrophie de l'organe, sans aucun trouble fonctionnel, comme Graves l'a constaté dans une observation où il est dit que : « Deux ans après sa guérison, le malade parlait sans difficulté et cependant la moitié gauche de la langue était encore sensiblement plus grosse que la droite ».

Lorsque l'affection reste au stade de glossite profonde aiguë, la *guérison* semble donc *très fréquente*, pour les raisons indiquées plus haut.

La maladie rétrocédera, en général, rapidement. Le gonflement de la langue diminuera, sinon brusquement, du moins avec une rapidité assez grande. Du fait de cette diminution de volume, on verra, peu à peu, les signes fonctionnels s'atténuer. La déglutition, la phonation, la respiration deviendront plus faciles; le malade ne rejettera plus hors de sa bouche la salive qu'il ne pouvait déglutir. Les phénomènes généraux suivront la même marche. La fièvre tombera, mais, comme on peut le constater dans nos observations, la chute se fera souvent en lysis. Il n'y aura pas défervescence complète et, quoique l'affection soit en bonne voie de guérison, il pourra y avoir léger relèvement de la courbe thermique, preuve que l'infection est grave et que l'organisme, même le mieux doué pour la lutte, doit réagir quelque temps avant d'en venir à bout. Malgré cela, le malade se sentira soulagé, et si les douleurs, qui, parfois, persistent un certain temps, sont moins

violentes, il pourra dormir. En cinq ou six jours, tout rentrera dans l'ordre.

Toute différente sera la terminaison dans le cas de glossite chez un débilité. Là, pas de lutte possible; l'organisme, trop faible, se laisse infecter rapidement, la *mort* survient *très vite*, puisque dans le cas de Devé, cité plus haut, elle se produisit le lendemain du début de la glossite.

Il est des cas où l'organisme se défend moins bien, et où le germe étant plus virulent, il se produit de la *suppuration*. Celle-ci, lorsqu'elle va succéder à la phase de glossite profonde aiguë, est accompagnée de symptômes plus accentués. Le gonflement de la langue persiste plus longtemps que dans le cas précédent, même quelquefois après un traitement; la dyspnée augmente, ainsi que l'angoisse; le faciès du malade devient plus mauvais, le pouls est petit et dépressible. La fièvre reste élevée, quelquefois même subit une augmentation notable; enfin on remarque une douleur sourde, lancinante, qui va ioujours croissant, en un point fixe de l'organe, où le pus doit se collecter. La palpation fera quelquefois sentir en un point un peu de fluctuation. A ce niveau, la langue, dépouillée de sa muqueuse, prendrait une teinte rouge vif. Malgré tous ces symptômes alarmants, la *guérison* peut se produire; elle sera, en général, *plus lente* que dans le cas de glossite profonde aiguë sans suppuration. En dehors du cas, où un traitement constitué de bonne heure, évacue l'abcès, et où la guérison sera peut être moins longue, il faut compter un certain temps avant rétablissement com-

plet du malade. En effet, si l'abcès s'ouvre seul, le pus s'écoulera lentement, l'orifice de sortie n'étant pas suffisant. L'abcès pourra même ne pas se vider complètement d'où suppuration interminable, exposant l'organisme à une infection généralisée. Dans le cas d'abcès, elle peut survenir par asphyxie, la langue augmentant de volume de plus en plus, ou par généralisation de l'infection, ce qui se produit d'autant plus facilement que l'abcès, une fois ouvert, mélange son pus à la salive que déglutit le malade.

Certains auteurs ont cru que dans le cas de glossite suppurée, le malade pouvait mourir d'une hémorrhagie à la suite d'une ulcération de l'artère linguale. Nous avons recherché l'observation où cela était dit et voici ce que nous avons trouvé : « La cavité buccale était d'une couleur rouge vif et l'on remarquait en avant de la langue, aux environs du filet, un enduit blanc grisâtre, adhérent et résistant ; en même temps, un gonflement considérable existait dans la région sus-hyoïdienne, avec chaleur, douleur, rougeur ». Or, ce ne sont pas là les symptômes d'une glossite profonde aigüe, mais plutôt ceux d'un phlegmon sus-hyoïdien. Du reste, les abcès de la glossite sont, en général, tout petits et évoluent beaucoup trop vite pour que le pus puisse produire une ulcération de l'artère linguale dont les tuniques sont suffisamment épaisses pour résister un certain temps.

Enfin nous pouvons avoir, au lieu d'une glossite suppurée, une glossite *gangréneuse*. Le cas du malade est alors extrêmement *grave ;* la *guérison* est cependant *possible ;* mais, elle ne le sera qu'aux prix de certaines défor-

mations de la langue qui rendront plus ou moins difficiles la phonation et la déglutition. Deux cas peuvent se présenter : il y aura gangrène partielle ou gangrène totale, les deux sortes peuvent, du reste, apparaître peu de temps après le début de la glossite. Graves, qui examina un malade atteint de glossite, le lendemain du début, consigne dans son observation que : « la partie enflammée (toute la moitié gauche de la langue) paraissait sur le point de se gangréner ».

S'il y a gangrène partielle, dont le siège est, en général, la partie de l'organe situé au dehors de la bouche, la langue deviendra rouge noirâtre, recouverte d'un enduit croûteux, par les fissures de ces croûtes suintera un liquide fétide. La guérison peut survenir : soit, par le rétablissement de la circulation, la striction exercée par les arcades dentaires devenant moins forte ; soit par la chûte de l'escharre. Dans ce cas, on se rend compte des graves inconvénients qui accompagneront la guérison, tant au point de vue de la phonation que de la déglutition.

S'il y a gangrène totale, ce que l'on reconnaîtra à l'aggravation des symptômes de la glossite, la guérison, possible encore, sera accompagnée de rétractions encore plus fortes que dans le cas précédent.

Bien souvent aussi la gangrène entraînera la *mort* du sujet. Le malade prendra le faciès des grands infectés ; sa température fera de grandes oscillations ; le pouls deviendra dépressible ; il s'écoulera de sa bouche le liquide sanieux de toute gangrène humide. La mort se produira de

deux façons : le malade déglutissant les liquides qui suintent de sa langue, ou les parties gangrénées qui s'en détachent, s'intoxiquera rapidement ; ou bien, il pourra mourir à la suite d'une abondante hémorrhagie, à la chûte d'une partie d'escharre.

Telles sont les terminaisons de la glossite profonde aiguë. La guérison peut se produire que l'affection reste au stade de la glossite vraie, ou qu'elle évolue vers la suppuration ou la gangrène, elle sera aussi plus fréquente et plus rapide dans le premier cas que dans les deux autres; au stade de suppuration elle sera lente, peut-être, mais ne laissera pas les traces que laissera la glossite gangréneuse.

Quant à la terminaison par la mort, nous voyons que si elle est moins fréquente lorsque la glossite reste une glossite profonde vraie, elle est toujours possible ; mais c'est surtout dans les cas de gangrène où l'on doit s'attendre le plus à une terminaison fatale.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic de la glossite profonde aiguë est toujours *grave*, comme celui des maladies infectieuses.

Il est bien évident que l'évolution de la maladie pourra, suivant les cas, faire ou non réserver le pronostic. Lorsque la glossite évolue vers la suppuration, elle tient pendant un certain temps l'organisme sous puissance d'infection qui peut emporter le sujet atteint; s'il y a gangrène, le pronostic ne peut être que sombre puisque la mort peut être plus fréquente dans ce cas, et que, même si la guérison s'opère, elle ne se fait qu'au prix de rétractions ou d'amputations de la langue, qui rendront très mauvais le fonctionnement de l'organe dans l'avenir.

Il n'est pas jusqu'au cas où la glossite reste glossite sans complication, où il ne faille réserver son pronostic ; car, même avec une aparence bénigne, elle peut emporter très rapidement le malade. C'est que là s'interpose la question du terrain. Un sujet, dans les antécédents duquel on trouve des maladies débilitantes ou infectieuses, n'est souvent pas suffisamment résistant pour vaincre une infection nou-

velle ; celle-ci pouvant, du reste, être plus virulente parce qu'elle trouve un terrain tout préparé. Parmi les observations qui complètent cette thèse, il y en a deux qui semblent typiques à ce sujet. Dans celle de Devé, le malade était un tuberculeux à bout de souffle ; dans celle de Sabrazès et Bousquet, la femme atteinte de glossite était en pleine infection puerpérale ; or, tous les deux moururent, très vite, et avant que la glossite ait eu le temps d'évoluer vers la suppuration et la gangrène.

Cependant, il y a un fait certain, c'est que, comme le prouvent nos observations, il y a beaucoup plus souvent guérison que mort dans la glossite profonde aiguë. Tout cela vient de ce que ces glossites ont été traitées en temps utile. Le traitement entre donc en ligne de compte lorsqu'il s'agit de faire le pronostic de cette affection. Plus il aura été hâtif et plus le pronostic a des chances d'être bénin ; mais malgré cela, il faudra toujours se méfier, une complication due à l'infection pouvant emporter le malade.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic positif de la glossite profonde aiguë s'appuiera sur certains signes constants que l'on retrouve dans tous les cas.

Parmi eux, en première ligne, vient le *gonflement de la langue.* Après une période prodromique, plus ou moins longue, l'organe augmente rapidement de volume. Il prendra une forme globuleuse que l'on ne retrouve dans aucune autre affection et donnera au doigt une impression d'élasticité toute spéciale. Ce gonflement sera, en somme, le premier symptôme apparaissant au cours d'une glossite. Du fait même de ce gonflement, il y aura gêne plus ou moins marquée de la phonation, de la déglutition et de la respiration. Ces phénomènes sont aussi constants que l'augmentation de volume de la langue. Ils surviennent rapidement, eux aussi, dès que l'organe s'est hypertrophié suffisamment pour ne plus se mouvoir comme à l'état normal.

Enfin, on notera toujours de la fièvre, et le malade aura toujours l'aspect d'un sujet atteint de maladie infectieuse

grave. Si l'on interroge le malade, sur le début de son affection, il répondra qu'il a été pris brusquement d'une augmentation de volume de sa langue, que c'est dans cet organe et nulle part ailleurs que se sont concentrés tous les phénomènes du début d'une glossite.

Tels sont donc les signes capitaux qui nous feront faire le diagnostic de glossite profonde aiguë.

Avec quelles maladies peut-on confondre celle-ci?

Nous nous débarrasserons tout de suite de certaines affections de la langue, qui donnent une augmentation de volume de cet organe. Il ne peut y avoir confusion que si le malade est dans l'incapacité absolue de donner des détails sur le début de cette affection, car les abcès froids, les gommes syphilitiques, les tumeurs de la langue doivent se différencier *à priori* de la glossite, sujet de cette thèse, en ce qu'elles sont essentiellement chroniques, tandis que la glossite profonde a toujours l'allure d'une affection aiguë.

Parmi les maladies aiguës qui ont la bouche comme siège, certaines pourront quelquefois induire en erreur. *Le phlegmon pharyngo-laryngé* en est une. Celui-ci se caractérise par de la dysphagie et de la dyspnée. Les mouvements du pharynx sont douloureux ainsi que ceux de la langue. De plus, le malade a de la fièvre et présente un état infectieux souvent grave. Comme il n'est pas toujours facile d'ouvrir la bouche d'un malade, on pourrait se demander si la gène dans la respiration ou la déglutition, si la fièvre et l'état infectieux ne sont pas le fait d'une glossite profonde aiguë. Mais si l'on interroge le sujet atteint, il répondra que le

début de l'affection a siégé au pharynx, et que jamais il n'a rien ressenti du côté de sa langue. Si on écarte ses mâchoires, le doute n'est plus permis, la langue est normale, ainsi que tout le reste de la bouche. Dans certains cas, enfin, poussant l'examen plus loin, on apercevra au laryngoscope un nivellement des gouttières latérales du pharynx et un épaississement des replis aryténo-épiglottiques.

Une autre maladie que l'on pourrait confondre aisément avec une glossite, est *l'angine de Ludwig*. Cette affection présente les signes physiques suivants. A l'inspection on aperçoit le plancher de la bouche énormément tuméfié ; la langue soulevée en masse est collée contre le palais ; la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne est augmentée de volume. A la palpation, le doigt perçoit une dureté ligneuse s'étendant à toute la zône tuméfiée. Les signes généraux sont ceux d'une infection suraiguë, avec température élevée, pâleur de la face. Enfin on note de la gêne de la déglutition et de la respiration. L'état infectieux, la température, la gêne respiratoire, qui accompagnent la glossite aiguë se rapprochent donc beaucoup des signes généraux de l'angine de Ludwig. Mais dans la glossite on verra que c'est la langue et non pas le plancher de la bouche qui est tuméfiée; on ne trouvera pas non plus de tuméfaction si considérable de la région sous-maxillaire. Une seule chose pourrait peut-être induire en erreur, c'est le gonflement du plancher de la bouche que l'on trouve quelquefois dans la glossite profonde aiguë. Mais alors, les commémoratifs viendront à notre aide. Dans le

cas d'angine de Ludwig, le malade dira que c'est le plancher de la bouche et toute la région sous-maxillaire qui ont été le siège du début de l'affection, tandis que dans la glossite ce sera la langue seule qui tout d'abord s'est tuméfiée, alors que l'infiltration du plancher buccal n'a été que secondaire. Donc, lorsque sur ce point on sera indécis, ne sachant si l'on a affaire à une angine de Ludwig ou à une glossite profonde aiguë, il ne faudra pas craindre de faire parler son malade, et par son interrogatoire on apprendra quel a été le point primitivement infecté.

Il nous reste à faire le diagnostic différentiel entre la glossite profonde aiguë et les glossites d'origines multiples, mais non microbiennes, dont il a été question dans notre premier chapitre.

Les glossites produites par une cause physique ou chimique seront faciles à distinguer de la glossite profonde aiguë en ce qu'elles donneront moins de symptômes généraux que celle-ci; on ne trouvera pas d'état infectieux chez le malade qui en sera atteint. De plus les commémoratifs nous feront savoir que le sujet s'est brûlé, ou bien a gardé sur sa langue un corps chimique capable d'y créer une inflammation.

Plus difficile sera le diagnostic entre une glossite causée par une plaie envenimée faite à la langue, et une glossite profonde aiguë. En effet dans la première il y a des symptômes généraux qui se rapprochent beaucoup de ceux de la seconde; il pourra y avoir de la fièvre, le malade prendra le faciès d'un infecté. De plus, la forme de la langue sera identique dans les deux cas. Mais lorsque l'on inter-

roge le malade, il n'y aura pas de confusion possible, car il racontera que c'est à la suite d'une piqûre de guêpe ou d'une morsure de vipère que tout d'un coup sa langue s'est hypertrophiée.

Enfin une dernière confusion est possible entre un œdème de la langue d'origine Brightique et une glossite profonde aiguë. Mais la différenciation sera facile à faire chez le Brightique, la langue n'offrira pas au doigt la sensation de fermeté élastique que donne la glossite profonde aiguë, de plus l'augmentation brusque de cet organe sera survenue sans fièvre, sans symptômes d'infection chez un individu ayant au même moment ou ayant eu déjà des œdèmes multiples sur différentes parties du corps.

CHAPITRE VIII

Traitement

Les auteurs anciens, qui n'avaient recours au bistouri qu'en dernier ressort, avaient essayé de faire avorter la glossite profonde aigüe, au moyen d'un traitement médical.

Des gargarismes les plus variés en faisaient les frais.

Il est certain que, dans le cas où le gonflement de la langue est peu intense, où les symptômes locaux et généraux sont peu accusés, on pourra tout d'abord essayer ce traitement médical. Des gargarismes antiseptiques, s'ils n'ont pas une action bien nette sur la maladie, ont le mérite de nettoyer et de rendre la bouche plus aseptique. Mais, même dans ces cas bénins en apparence il faudra toujours surveiller le malade et se tenir prêt à intervenir.

Ces méthodes anciennes sont donc à rejeter. Les sangsues, que certains auteurs, vraiement audacieux, osaient placer sur la langue, sont très dangereuses. Du fait de leur application très difficile, elles peuvent être avalées par le malade, d'où désordres graves du tube digestif ; une

fois en place sur la langue, elles peuvent inoculer des germes variés dans cet organe. De même, nous ne ferons que citer le traitement institué par Violland dans sa thèse qui préconisait la saignée générale par la veine jugulaire.

Quel traitement instituer ? Tout d'abord un traitement *précoce*. Dès le diagnostic fait, on a tout intérêt à traiter le malade rapidement, pour éviter l'asphyxie, ou l'évolution vers la suppuration ou la gangrène.

Sans être aussi radical que Pimpernelle, ce médecin de Paris qui amputa d'un seul coup l'extrémité de la langue pour une glossite mercurielle, il faudra pratiquer de chaque côté de l'organe, dans le cas de glossite totale, du côté malade dans le cas d'hémiglossite, une *incision*.

Cette incision devra être *profonde* ; en effet, il peut y avoir un petit abcès dans la profondenr de l'organe, et du même coup elle permettra l'évacuation du pus.

Elle devra être *longitudinale* et *dorsale* pour ne point blesser aucun gros vaisseaux, ceux-ci se trouvant, en effet, beaucoup plus près de la face inférieure de la langue.

Elle devra être la plus *longue* possible ; souvent il sera très difficile de se rendre compte de sa longueur, l'accès du bistouri dans la bouche étant limité par le peu d'écartement des mâchoires. Quelquefois on sera obligé de l'introduire au niveau d'une dent cariée (Morestin).

Enfin, autant que possible, il faudra faire l'incision près du bord de la langue, ce qui sera également malaisé, un bord étant difficilement délimité dans un organe qui prend souvent une forme globuleuse par suite du gonflement qu'il a subi.

Par cette large incision, il ne s'écoulera jamais ou rarement du pus du premier coup, mais il se produira, en général, une *abondante hémorrhagie.* Cet écoulement de sang considérable a été noté par un certain nombre d'auteurs qui ont traité la question. Dechambre (1868), Bojensky (1874) constatent le fait. Caulier dans sa thèse dit en propres termes : « Après incision, cet organe donne une quantité de sang supérieure à celle que fournissent la plupart des organes phlegmasiés ». Dans l'observation de Graves, nous trouvons qu'il y eut « un écoulement de sang considérable ». Dans celle de Galliard : « Le sang coule abandamment ; pas une goutte de pus ». Dans notre observation inédite, on note qu'il y eut une abondante hémorrhagie.

Cette large incision permet la décongestion de l'organe, et peut faciliter l'issue du pus au dehors, s'il s'en forme secondairement. Après l'opération, la langue diminue rapidement de volume ou tout au moins le malade éprouve un soulagement considérable, les phénomènes locaux et généraux perdant de leur intensité. Dans une observation de Galliard, le malade peut dormir, s'alimenter légèrement, sa température fut moins élevée; dans une autre du même auteur, le malade est méconnaissable, il parle, peut s'alimenter, et de 39°6 sa température est descendue à 37°9. Il en est de même dans notre observation inédite.

Quelquefois, le soir même ou le lendemain, alors qu'au moment de l'opération il n'est sorti que du sang, il peut apparaître un liquide moitié séreux, moitié purulent, dans le large fossé creusé par le bistouri. Chez le malade qui

fait l'objet de notre observation inédite, la salive fut mélangée d'une certaine quantité de ce liquide.

Du reste, le traitement ne s'arrêtera pas là. Une fois notre incision faite, il faudra rendre la bouche du malade la plus aseptique possible. Pour cela, des *lavages buccaux* avec une solution antiseptique quelconque seront utiles, mais parmi toutes les solutions antiseptiques dont on dispose, une semble, dans le cas de glossite profonde aiguë, plus indiquée que les autres : c'est *l'eau oxygénée ;* c'est que l'eau oxygénée peut avoir une action toute spéciale sur le streptocoque, qui est le plus souvent le germe déterminant la glossite. Les bactériologistes (1), en effet, on démontré que ce microbe, anaérobie facultatif, augmente la virulence lorsqu'il se développe à l'abri de l'air. Or, l'eau oxygénée, dégageant beaucoup d'oxygène, pourra le tuer ou tout au moins diminuer sa virulence. Nous ferons donc laver la bouche du malade avec une solution au 1/10.

A la suite de ce traitement, le malade guérira rapidement et il sera très rare que sa glossite dure plus de six à huit jours.

Que deviendra la longue et profonde incision faite sur la langue? Elle se comblera très vite, en même temps que l'organe revient à sa forme normale. C'est ce que l'on constate dans deux observations de Galliard où la plaie était déjà fermée le deuxième jour après l'intervention. Une fois guérie, l'incision laissera une cicatrice linéaire très

---

(1) Macé, *Traité de bactériologie*. Th. David, *Les microbes de la bouche*.

fine, et quelquefois il faudra rechercher avec soin pour retrouver sa trace.

Le traitement ainsi compris pourra s'appliquer à toutes les formes de glossites, mêmes celles de la base de la langue. Certains opérateurs ont cru bon de faire des bistouris spéciaux, en forme de faucilles, pour inciser une glossite basique; mais, il semble que dans cette dernière affection, si le maximum de gonflement siège à la base, il y en a aussi un peu partout, et qu'une ou deux incisions pratiquées comme il a été dit plus haut peuvent suffire à amener la guérison.

Lorsque la glossite profonde aiguë a évolué vers l'abcès, quelle conduite tenir? Si l'on sent au doigt un point fluctuant, il ne faut pas hésiter. Il faudra faire en ce point un large débridement qui pour les raisons citées plus haut, devra être longitudinal et dorsal ; il devra être large pour pouvoir, du premier coup, permettre l'évacuation complète du pus. Si le doigt ne perçoit pas la fluctuation, l'incision devra être faite au point où la palpation réveillera les plus vives douleurs, ou bien à l'endroit où les douleurs spontanées se seront montrées les plus intenses.

Dans tous les cas, une fois l'incision faite, on pourra écouvillonner les parois de l'abcès avec des tampons imprégnés d'eau oxygénée pure ; de plus, lorsqu'il y a collection purulente, on devra recommander au malade des lavages très fréquents de sa cavité buccale avec des gargarismes antiseptiques.

S'il se forme de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, on pourra aider à sa résolution en appli-

quant sur la région de larges pansements humides très chauds.

Lorsque l'abcès siège à la base de la langue, il y aurait peut être intérêt à l'ouvrir par l'extérieur, de façon à draîner le pus au dehors, et l'empêcher d'être dégluti par le malade. On fera donc une incision sous-maxillaire, et après avoir effondré le plancher de la bouche, on pratiquera une incision à la base de la langue. On pourra alors draîner largement et faire des lavages par les drains dans la cavité de l'abcès.

Que faire en face d'une glossite gangréneuse? Si la gangrène siège sur la partie de la langue qui est projetée au-dehors, on pourra essayer de désserer la striction exercée par les arcades dentaires, les maintenant écartées par un bouchon ou un coin de bois, ce qui aura pour résultat de permettre le retour de la circulation dans la partie en voie de gangrène. Si la gangrène est trop avancée, il faudra faire des lotions antiseptiques sur la partie atteinte et surveiller la chûte de l'escharre par crainte d'hémorrhagie. Pour évacuer le liquide sanieux qui se trouve sous cette escharre, on sera souvent obligé d'y faire de larges débridements au thermocautère.

Si la gangrène siège sur la portion intra-buccale, on en sera réduit aux soins antiseptiques. On pourra recommander au malade de se tenir assis, la tête penchée en avant, pour éviter le plus possible qu'il n'avale des parcelles d'escharre ou le liquide suintant de celles-ci.

En plus de ces divers traitements purement locaux, il faudra en établir un pour lutter contre les symptômes géné-

raux de l'infection. Il faudra remonter le malade par des boissons alcooliques : champagne, grog, potion de Todd ; on lui donnera du sulfate de quinine moins comme antifébrile que comme tonique, c'est-à-dire à faibles doses. Enfin, le malade pourra tirer un grand bénéfice d'injections sous-cutanées de sérum artificiel, renouvelées deux ou trois fois par jour, suivant son état infectieux plus ou moins grave.

Lorsque l'affection sera en bonne voie de guérison, il faudra purger le malade pour débarrasser ses voies digestives de l'infection qu'aurait pu y semer le pus ou la gangrène.

OBSERVATIONS

Observation I

Glossite affectant seulement une moitié de la langue (R. Graves, *Archives générales de Médecine*, 1828)

Un étudiant en médecine éprouvait depuis huit jours de graves symptômes fébriles, précédés de frissons très forts et d'une violente douleur dans la région occipitale et la partie postérieure du cou, accidents qui avaient été calmés par une hémorrhagie nasale abondante survenue le second jour. La moitié gauche de la langue devint alors sensible et douloureuse et augmenta peu à peu de volume.

Lors de la première visite de M. Graves, elle était énormément tuméfiée et remplissait complètement la cavité de la bouche qui pouvait à peine être fermée à cause de la saillie que formait cet organe en avant. La moitié droite était tout à fait dans l'état naturel et son peu de volume contrastait fort avec le gonflement qui existait du côté gauche par la ligne de démarcation qui était parfaitement tracée entre les deux moitiés. La partie enflammée paraissait sur le point de se gangréner, mais on y posa six sangsues et cette application ayant été répétée deux ou trois fois, il en résulta un écoulement de sang considérable qui amena une très prompte diminution de la tuméfaction et des autres phénomènes inflammatoires. Jusque-là l'articulation des mots et la déglutition n'avaient pu s'exécuter qu'avec une peine extrême, mais aussitôt que la langue eut perdu de son volume, ils devinrent faciles.

Deux ans après la guérison, le malade parlait sans difficulté, et cependant la moitié gauche de la langue était encore sensiblement plus grosse que la droite.

Observation II

(Observation du Dr Bourguet, médecin des mines de Graissessac. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1880, page 457).

Le 30 septembre 1879, on me prévient que le nommé B... avait été pris subitement dans la nuit de gêne de la déglutition et de la respiration.

Quelques heures après, je trouve le malade à genoux sur le lit, rejetant avec peine une salive visqueuse et adhérente, se plaignant de la gorge, à droite surtout.

Ce qui frappe d'abord, c'est le volume de la langue ; dans toute la moitié droite elle a deux fois au moins l'épaisseur ordinaire ; à droite du frein, la muqueuse est gonflée, comme mamelonnée ; angine peu prononcée ; voile du palais blanchâtre.

Deux ou trois incisions sont faites sur la muqueuse sublinguale ; peu profondes elles donnent peu de sang. Gargarisme chloraté, onctions au muriate d'or.

1er octobre. — Aucune diminution de volume de la langue ; les deux faces portent l'empreinte des dents ; dureté un peu moindre que la veille ; la gêne pour respirer a diminué ; mucosités adhérentes ; voile du palais toujours blanchâtre ; pas de gonflement tonsillaire ; pas de rougeur ; apyréxie ; pas de douleur ; soif vive.

3 octobre. — La moitié droite de la langue fait encore saillie, mais son volume est considérablement réduit. Langue sale, inappétence, constipation.

5 octobre. — Etat satisfaisant ; encore un peu de volume de la moitié droite de la langue.

Reprise du travail le 6.

24 novembre. — La moitié droite est plus large et plus bombée que la gauche. Le malade n'en souffre pas.

25 septembre 1880. — On ne trouve aucune trace des accidents de l'année précédente.

Observation III

Hémiglossite parenchymateuse gauche, suppuration. (Dr Gauthier, de Charolles. *Journal de médecine et de Chirurgie pratique, 1880* page 499).

H..., 45 ans, d'une santé excellente habituelle, est pris, le 27 mars,

à la suite d'un refroidissement prolongé, d'un frisson intense avec céphalalgie, douleur dans la langue, accompagnée de gonflement et de gêne dans la déglutition.

29 mars. — Je trouve la langue gonflée, recouverte d'un enduit saburral épais. Rougeur légère de la gorge. Salivation très abondante ; pouls à 100. Application de sangsues à la région sus-hyoïdienne ; scarifications superficielles de la langue, gargarismes détersifs.

30 mars. — La langue remplit entièrement la cavité buccale. Son extrémité fait saillie au dehors de la bouche et paraît tirée vers la commissure gauche des lèvres. Pouls à 120, agitation extrême, incisions longitudinales profondes sur la face dorsale de la langue, à gauche.

31 mars. — Les douleurs locales ont diminué, la dyspnée et l'angoisse ont augmenté. Il est impossible de percevoir de la fluctuation. Nouvelles incisions longitudinales.

1er avril. — La dyspnée est extrême, la face est pâle, le pouls petit. Je prévois un dénouement fatal si la respiration n'est pas promptement rétablie. Attirant vigoureusement la langue au dehors, je plonge le bistouri dans une des incisions faites la veille. Aussitôt il en sort des flots de pus, dont j'estime la quantité à plus d'un demi-verre. Immédiatement le malade se dit guéri et la langue rentre entièrement dans la cavité buccale dont les arcades dentaires peuvent se refermer.

Le malade est rétabli huit jours après le début.

Observation IV

Macroglossite aiguë. (Sabrazès et Bousquet. — *Presse médicale* 1899, page 300).

[Cette malade, dont nous ne citons que la partie de l'observation qui intéresse notre sujet, fut atteinte, le 3 novembre 1895, d'infection puerpérale, suite d'avortement ; peu à peu elle infecta tout son organisme : elle eut de la pleurésie, de la broncho-pneumonie, de la néphrite aiguë, de l'endocardite, lorsque tout à coup, le 11 novembre, débuta la glossite.]

11 novembre. — La langue, qui jusque là avait été sèche et d'aspect rôti, est devenue, depuis la veille, douloureuse ; il s'est produit en même temps une hypertrophie considérable de toute la moitié antérieure. La température s'est élevée à 40°. La partie tuméfiée est

nettement séparée de la portion saine par un bourrelet appréciable au doigt, qui correspond approximativement au V lingual. La langue est pâle, de consistance ferme ; elle n'est le siège d'aucune ulcération apparente ; il n'existe pas non plus d'érosion au niveau des lèvres, des joues, du pharynx, qui sont tout à fait indemnes. Sur cette langue turgescente, sont ressenties des douleurs continues, spontanées ; en revanche la pression n'est pas douloureuse et ne laisse pas d'empreinte en godet.

Le plancher buccal proprement dit est également un peu tuméfié ; les deux glandes sub-linguales sont légèrement augmentées de volume.

La bouche entr'ouverte laisse passer entre les lèvres, la langue tuméfiée ; la salivation est abondante, la parole est comme empâtée.

La malade, en proie à une dyspnée intense, n'a cependant, ni tirage, ni cornage.

La déglutition s'exécute sans difficulté bien marquée, toutefois l'ingestion des liquides dans la cavité buccale est rendue malaisée par suite de l'obstacle qu'oppose à l'entrée de la bouche la langue volumineuse.

Le 12 novembre, on montre le cas à M. Moure, qui diagnostic une glossite parenchymateuse. Il examine attentivement les joues, le pharynx, les amygdales, et n'y remarque rien de pathologique ; les fosses nasales sont parfaiement libres. Il n'existe pas d'adénite cervicale, de douleur ni de gonflement du cou. On ne relève aucun symptôme de stomatite mercurielle, une seule injection de sublimé à 1|4000 a été faite le 5 novembre.

Les bruits du cœur s'assourdissent, la gêne respiratoire augmente, l'état de la langue reste stationnaire, la tuméfaction n'a atteint, ni les joues, ni l'arrière-gorge, ni la face.

La malade meurt le lendemain 13 novembre, après une agonie rapide, à 6 heures du soir.

Observation V

Œdème aigu de la langue et du plancher de la bouche d'origine inconnue, chez un phtisique. (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*. Article de GALLIARD, 22 mars 1906).

Louis C..., âgé de 25 ans, atteint de tuberculose au second degré

du sommet gauche, éprouve pendant l'après-midi du 25 février 1905, d'abord quelques picotements dans la gorge, puis une douleur vive au bord gauche de la langue; je crois remarquer au tiers antérieur de ce bord une petite saillie. A l'heure du dîner, il souffre tellement qu'il ne peut prendre aucun aliment. Une salive abondante s'écoule de la bouche.

Nuit mauvaise, pas de sommeil. Tuméfaction linguale progressivement étendue de la pointe à la base. Pendant la journée du 26 février (2me jour) le malade souffre atrocement, il ne peut ni avaler les liquides ni parler. Le soir, il a une crise de suffocation qui le décide à entrer à Lariboisière. Il est admis, pendant la nuit, dans mon service, salle Rabelais, no 37.

Le 27 février, je le trouve assis sur son lit, dyspnéique, angoissé, avec les yeux excavés, les traits tirés. Sa bouche demi-ouverte, laissant couler une salive fétide, est complètement remplie par une langue énorme, uniformément tuméfiée, rouge et sèche, qu'on ne peut toucher sans provoquer de vives douleurs. En la soulevant sans violence, je constate que l'œdème s'étend au plancher de la bouche. D'ailleurs pas d'ulcération, pas de plaie buccale. Pas de tuméfactions des lèvres, des joues, ni de la région sous-maxillaire : pas d'engorgement des ganglions lymphatiques. Pas de fétidité de l'haleine. Température 38o5.

Rien à noter d'autre part, sauf sa tuberculose du sommet gauche ; pas d'affection cardiaque, pas d'albuminurie.

Je pratique immédiatement, de chaque côté du frein de la langue, assez loin pour éviter les artérioles, une scarification à l'aide de la lancette. Le sang s'écoule mélangé à la salive : pas une goutte de pus. Je prescris des lavages de la bouche à l'eau oxygénée. Lavement purgatif.

Le soir 38o2, soulagement notable, le malade peut avaler un peu de lait.

Le 28 février (4me jour) 38o4 ; le malade a pu dormir : il se déclare presque guéri. La langue est encore tuméfiée mais l'œdème du plancher de la bouche a disparu. Je réussis aujourd'hui à examiner la gorge ; il avale sans difficulté les liquides. La salivation a diminué. Les mouchetures qui ont fourni uniquement du sang et pas de pus sont fermées. Le soir 37o6.

Le 1er mars (5me jour) 37o2. L'œdème lingual a complètement disparu. La langue a repris son volume normal. Elle conserve seule-

ment une coloration rouge vif, avec un peu de sécheresse et d'hyperesthésie. D'ailleurs l'examen de la bouche et de la gorge ne révèle aucune lésion. Le soir 37°6.

Le 2 mars 37°8. Le malade, se considérant comme complètement guéri, quitte l'hôpital.

Observation VI

Œdème aigu de la langue et du plancher de la bouche, de cause inconnue, observé deux fois chez le même malade. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Art. de GALLIARD, 22 mars 1906).

Louis C..., vingt-cinq ans, infirmier, atteint de fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans et de fièvre intermittente pendant son service militaire au Soudan, avec accès réitérés jusqu'au mois de février 1904, avoue quelques excès alcooliques. Il est admis dans mon service à Lariboisière le 24 janvier 1904, à quatre heures du soir, avec le diagnostic : angine phlegmoneuse. Température 38°2.

Le lendemain 25 janvier 38°8. Je n'ai pas de peine à reconnaître qu'il s'agit d'un œdème énorme de la langue et du plancher de la bouche ; aucun symptôme d'angine, pas d'ulcération buccale, pas d'engorgement des ganglions.

Je fais immédiatement, avec un bistouri, quatre piqûres, deux à droite et deux à gauche du frein de la langue. Je n'obtiens que du sang, mais pendant l'après-midi, quelques gouttes de pus s'écoulent de ces piqûres. Elles ne peuvent être recueillies pour l'examen bactériologique.

Le soir, 39°4.

Le 26 janvier, 38°1 et 39 degrès. Amélioration considérable. Les piqûres ne fournissent ni sang ni pus.

Le 27 janvier, 38° et 37°7. Guérison complète. Départ de l'hôpital le 30 janvier. L'examen de la bouche, de la gorge, des viscères ne révèle aucune lésion. La cause de la suppuration et de l'œdème reste inconnue.

Récidive. Le 16 février 1905, vers dix heures du matin, Louis C... éprouve au bord gauche de la langue des picotements douloureux, accompagnés de salivation abondante. Au bout de quelques heures, il croit remarquer à ce même bord gauche une petite saillie très sensible au toucher.

A quatre heures du soir, la langue est tuméfiée dans sa totalité : le malade ne peut prendre aucune nourriture. A sept heures du soir, la tuméfaction s'étend au plancher de la bouche.

N'ayant pas oublié les détails de sa première crise, le malade se hâte de demander l'admission dans mon service.

Je le vois le 17 février (2me jour) à la visite du matin; c'est bien la même physionomie clinique que l'année dernière ; langue énorme, à peine contenue dans la cavité buccale ; tuméfaction uniforme de toute la langue ; œdème du plancher de la bouche ; salivation abondante. Le malade souffre atrocement ; il est suffoqué, il ne peut ni parler, ni s'alimenter. L'examen du fond de la gorge est impossible. T. R. 39°6. Pas de désordre viscéral ; rien dans l'urine.

Il faut intervenir sans retard.

Comme l'œdème me semble plus accentué à gauche qu'à droite, c'est à gauche du filet que je plonge profondément le bistouri. Le sang coule abondamment ; pas une goutte de pus.

Je recommande au malade de maintenir autant que possible des morceaux de glace au contact de la plaie ; on fera des lotions à l'eau oxygénée.

Le soir 37°9. Grand soulagement.

Le 18 février (3e jour) 37°5. Le malade est méconnaissable ; il n'a plus ni angoisse, ni anxiété, ni souffrance locale. Il peut parler et avaler du bouillon. L'œdème lingual et sublingual a diminué tellement que je réussis à examiner le fond de la gorge; rien à noter dans la gorge ni dans la bouche. La piqûre faite par mon bistouri n'a pas donné de pus; la plaie se ferme.

Le 19 février (4e jour) la guérison est complète. L'œdème a disparu. Le fonctionnement de la langue est normal. Le malade parle et s'alimente aussi bien qu'avant l'accès. Je ne constate qu'une certaine rougeur du dos de la langue. Pas de fièvre ; pas de désordre viscéral.

Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 20 février 1905. Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois de ses nouvelles. Pas de récidive de l'œdème lingual.

Observation VII

Œdème aigu unilatéral de la langue (hémi-glossite interstitielle aiguë). (Observation du docteur Devé. *Province médicale,* 29 *septembre 1906).*

Un tuberculeux, jeune (18 ans), soigné dans le service du Dr Halipré

à l'hospice général de Rouen, et parvenu au dernier degré de la cachexie, se plaint, un soir, en mangeant un potage, de ne pouvoir introduire que difficilement sa cuillère dans sa bouche, gêné qu'il est par sa langue, devenue dure comme du bois. Quoiqu'il n'ait rien pris de très chaud, il dit éprouver une sensation de brûlure, avoir la bouche en feu.

A l'examen on constate que la langue est devenue, non seulement d'une dureté ligneuse, mais aussi qu'elle est très notablement hypertrophiée dans sa moitié droite, d'une façon très régulière, sans nodosités ni saillies. L'hyperthrophie s'arrête exactement à la ligne médiane qui paraît, du fait de l'augmentation de largeur du côté droit, rejetée vers la gauche.

La moindre palpation est douloureuse ; il semble même que la muqueuse soit hyperesthésiée.

Interrogé à plusieurs reprises, le malade affirme que le fait s'est produit tout d'un coup. Il est certain, en tout cas, que la parole était facile et claire jusque-là et qu'elle s'est empâtée en très peu de temps.

La douleur a été un peu calmée par des lavages très chauds, mais l'hyperthrophie n'a pas diminué, le malade est mort dans la nuit, à une heure du matin, sans aucune dypsnée spéciale et sans accès de suffocation.

Autopsie. — Lésions banales de tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse, accompagnée de tuberculose intestinale. Foie gras hypertrophié, reins blanchâtres, se décorticant bien.

La langue et les voies digestives supérieures ont été enlevées avec soin, d'un bloc ; l'hyperthrophie de la langue persistait à l'autopsie, telle qu'on l'avait observée avant la mort. La pièce a été fixée intacte dans le formol et examinée après durcissement.

La moitié droite de la langue apparaît régulièrement augmentée de volume. Elle mesure 27 millimètres de largeur à sa partie moyenne, tandis que la moitié gauche n'en mesure que 17, et elle a une épaisseur de 25 millimètres, au lieu de 12, de l'autre côté. Cette hyperthrophie s'arrête nettement sur la ligne médiane. Elle ne s'étend en arrière ni vers le larynx, ni vers le pharynx. La base de la langue elle-même est indemne : le gonflement s'arrête nettement à un travers de doigt en avant du trou borgne; il s'étend, par contre, latéralement et en bas et intéresse la moitié droite de la racine de la langue

jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le sillon glosso-gingival est à peu près supprimé, de ce côté.

Les glandes salivaires, sublinguales et sous-maxillaires sont normales. Les ganglions lymphatiques de la région ne sont pas hypertrophiés. Il n'existe aucune lésion, aucune ulcération, tuberculeuse ou autre, des muqueuses linguale, pharyngienne ou laryngienne.

Observation VIII

Observation due à l'obligeance de M. le docteur CHASTENET DE GÉRY *chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Nantes*

Le nomme G. François, âgé de 30 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 7, le mardi 19 juin 1906, pour une tuméfaction considérable de la langue qui est la cause des troubles locaux et généraux très graves.

Voici l'histoire que nous raconte péniblement le malade : dans la matinée du jeudi 13 juin il ressentit une gêne « des picotements », dit-il, dans le côté gauche de la langue. Cette gêne devint une douleur très vive la nuit suivante et le vendredi matin la langue commença à enfler au point douloureux, c'est-à-dire au niveau du bord gauche. Des troubles fonctionnels sérieux apparurent alors à mesure que la tuméfaction augmentait de volume. L'alimentation était devenue impossible, l'eau fraîche seule pouvait être ingérée, dit le malade ; la respiration était déjà difficultueuse.

Les jours suivants l'état s'aggrave progressivement. Cependant le médecin ne fut appelé que le lundi 17. A ce moment la tuméfaction linguale s'était étendue au plancher de la bouche et à la région sous-maxillaire. Le diagnostic porté fut grenouillette et le traitement prescrit consista en lavages de bouche et en gargarismes.

Rappelé le mardi pour apporter quelque soulagement au malade dont les souffrances étaient devenues intolérables, le médecin pratiqua une petite incision qui n'eut aucun effet et conseilla l'entrée immédiate à l'Hopital.

Quand je vois le malade, peu d'instants après son entrée dans le service, le mardi soir, il est à demi-assis dans son lit, le visage injecté et anxieux, respirant bruyamment et avec difficulté, crachant à tout instant la salive qu'il ne peut avaler et parlant d'une voix indistincte, nasonnée.

Le trismus est considérable et rend l'examen de la bouche très diffi-

cile. En regardant attentivement et en explorant au doigt, je reconnais les symptômes suivants : la moitié gauche de la langue est seule malade, mais enflée à un tel point de la base à la pointe, qu'elle atteint en haut la voûte palatine et rejette sur le côté contre l'arcade dentaire correspondante, la moitié droite de l'organe. Le plancher buccal est lui-même largement infiltré et le bord gauche de la langue ne peut se distinguer que par le changement d'aspect de la muqueuse, d'ailleurs très rouge dans toute la zône malade. Une grosse adénite déforme la région sous-maxillaire.

Cette palpation n'est pas sans causer de vives douleurs au malade. Mais la douleur a la même intensité partout. De même, la consistance est régulièrement identique sans que l'on puisse percevoir de fluctuation ni de rénittence en aucun point.

La température est de 38°8 et le pouls bat à 110.

Je pense d'abord, de même que l'interne qui m'a fait appeler, à un abcès profond de la langue. Puis, comme aucun signe local ne me guide vers le pus, comme le défaut d'écartement des mâchoires me fait craindre d'inciser profondément et au hasard dans un organe très vasculaire et peu accessible, je ponctionne préalablement, avec une aiguille, dans des directions et des profondeurs différentes. Il ne vient par l'aiguille que du sang en abondance.

Après quelques réflexions, je suppose alors qu'il s'agit d'une infiltration inflammatoire et non d'une suppuration collectée et pour soulager le malade dont l'état est vraiment inquiétant, je me décide malgré tout à faire un débridement.

Le malade étant assis, sans l'avoir anesthésié d'aucune manière, en déprimant la langue tuméfiée. aussi fortement que possible, je trace sur la face dorsale, près du bord gauche, et parallèlement à ce bord, jusque près de la pointe, une incision de six centimètres de longueur et de un centimètre et demi de profondeur environ.

L'hémorrhagie est très abondante. Je tamponne un instant puis je fais faire des lavages de bouche presque continuels, avec un mélange d'eau oxygénée 1[5 et d'eau bouillie chaude 4[5.

Le malade se sent très rapidement soulagé et cependant je ne vois alors aucun changement appréciable dans le volume de la langue.

La nuit est assez bonne. Température : 38°2, le lendemain matin. Il s'écoule sans cesse de la plaie linguale une sérosité louche. L'alimentation par les liquides devient possible, quoique encore très malaisée. Température : 39° le soir.

Mais le jeudi matin l'amélioration paraît considérable. La langue s'est très sensiblement affaissée, la voix paraît plus claire, la respiration s'effectue sans aucune gêne. Température : 37°4. L'écoulement de sérosité louche est toujours très abondant.

A partir de ce moment tous les symptômes s'amendent régulièrement. La température est normale, sauf le vendredi soir où elle remonte à 38° mais pour redescendre, le lendemain matin à 36°8.

Le malade se trouvant rétabli quitte l'Hôpital le samedi matin malgré mes conseils.

A ce moment la langue a repris un volume à peu près normal. L'incision qui a paru diminuée d'étendue à mesure que la langue diminuait de volume est presque fermée. Le plancher de la bouche est souple ; l'adénite est en voie de régression. Je remarque au cours de cet examen qu'une prémolaire inférieure gauche est complètement cariée et ne subsiste qu'à l'état de chicot. Sur ma demande, le malade, précisant alors un détail important, m'apprend que la douleur et le gonflement lingual ont précisément commencé dans un point qui correspond à la mauvaise dent. Cette cause à peu près locale de la glossite a d'autant plus d'intérêt qu'elle est la seule à mettre en avant, le malade ne fumant pas.

Le malade a été revu trois mois plus tard. Sa guérison s'était parfaitement maintenue. La plaie de l'incision persistait encore sous forme d'une petite cicatrice linéaire sur la face dorsale, près du bord gauche de la langue.

CONCLUSIONS

La glossite profonde aiguë doit être différenciée des œdèmes de la langue, qu'ils soient dus à une cause générale ou qu'ils soient provoqués par l'action locale d'agents physiques ou chimiques.

Elle apparaît surtout chez les sujets dont la résistance organique est amoindrie, à la faveur d'irritations buccales, et elle reconnaît comme cause essentielle l'infection par les agents ordinaires de la suppuration, particulièrement le streptocoque.

Les lésions sont celles du phlegmon et peuvent atteindre tous les éléments anatomiques de l'organe.

Qu'il s'agisse d'hémiglossite ou de glossite totale les principales caractéristiques sont : l'infiltration de la langue, plus ou moins étendue au plancher buccal, le trismus, l'adénite, les douleurs spontanées ou provoquées, les troubles fonctionnels qui consistent en troubles de la déglutition, de la phonation, de la respiration, les troubles généraux et la fièvre.

La glossite peut évoluer vers la suppuration ou la gangrène. Elle tue, quelquefois, surtout quand elle survient

comme complication d'une maladie générale grave. Elle guérit d'autant plus vite et mieux qu'elle est traitée chirurgicalement et tôt.

L'incision profonde, longitudinale, de la face dorsale de la langue, les lavages antiseptiques de la bouche, et la prescription de toniques constituent la base du traitement.

Vu : *Le Doyen*,

DEBOVE.

Vu : *Le Président de thèse*,

RECLUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1828. — Archives de Médecine, juillet 1828. Article de Graves.

1851. — Compendium de Chirurgie de Bérard et Denonvilliers, tome III, section III, maladies de la langue.

1854. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, page 260. Article de Vidal.

1868. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, Déchambre, article langue (pathologie).

1871. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, Demarquay, article langue.

1874. — Thèse de Paris, Bojensky.

1879. — Archives de Médecine. Article de Guéneau de Mussy.

1880. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. Article de Gauthier.

1885. — Archives de Médecine et Pharmacie militaires. Article du Dr Labroue et du Dr Laveran.

1885. — Caulier. Glossite profonde aiguë, thèse de Paris.

1894. — Thébaud. Thèse de Paris.

1897. — Presse Médicale. Macroglossite aiguë, article de Sabrazzès et Bousquet.

1898. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, glossites aiguës.

1899. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, glossite parenchymateuse (Article de Morestin).

1903. — Pathologie générale de Bouchard, tomes I et II.

1906. — Province Médicale, 29 septembre, article et observation du Dr Devé (Société médicale de Rouen).

1906. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Œdème aigu de la langue, article du Dr Galliard.

1907. — Pratique Médico-Chirurgicale de Brissaud. Pinard et Reclus, article langue (inflammation).

Nantes. — Imp. Mellinet. Place du Pilori, 5. — Biroché et Dautais, Succrs.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE